



WELL CHILD EXAM - INFANCY: 9 MONTHS

(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

ໄວດັກບັນຕົ້ນ: 9 ເດືອນ

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ສິ່ງແນະງຳປະກາຍຫອມເຫດຊາງ ກຽວກັບຜູ້ຂອງຈາກ | ຊື່ດັກ | ນຳເອົາມາໄດ້ບ: | ວັນທີກິດ | | | | |
| | ອາການຜິດ | ປາທີໃຊ້ບຸ້ໃນປະຈຸບັນ | | | | | |
| | ອາການຈັບເປັນ/ຊຸປະຕິເຫດບັນຫາ/ສຶກ/ງວິນ ນັບແຕ່ນາທີ່ອສຸດທ້າຍ | | ມີນັ້ນຂໍພະເຈົາມີຄໍາຖານກ່ຽວກັບເຮືອງ: | | | | |
| | | ແມ່ນ ບໍ່ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ດັກຂອງຂອຍກິນເອງດ້ວຍມີ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ດັກຂອງຂອຍເວົ້າໃຈຄວາມເຈົ້າບາງຈຳ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ດັກນ້ອຍຂອງຂອຍນອນຕລອດຄືນ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ຂອຍບໍ່ກັງວິນທີ່ຂອຍມີອາການເຈົ້າເລື້ອຍງົງ. | ແມ່ນ ບໍ່ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ດັກຂອງຂອຍສາມາດຫັບໄປມາດ້ວຍລາວ (ຊາຍ/ປິງ) ເອງ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ດັກຂອງຂອຍຫຼັ້ນຕາມເຊັ່ນວ່າ ກິກຈະ ຫລື ຕິບມືກັນ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ດັກນ້ອຍຂອງຂອຍສາມາດຫັນ ແລະ ໄດ້ບິນ. | | | | |
| WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE | HEIGHT CM/IN. PERCENTILE | HEAD CIR. PERCENTILE | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Review of systems <input type="checkbox"/> Review of family history <hr/> | | Diet _____ Elimination _____ Sleep _____ | | | | | |
| Screening: Hearing <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Vision <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Development: Circle area of concern Adaptive/Cognitive Language/Communication Gross Motor Social/Emotional Fine Motor Behavior <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Mental Health <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Physical: General appearance <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Skin Chest Head/Fontanelle Lungs Eyes (Cover/Uncover) Cardiovascular/Pulses Ears Abdomen Nose Genitalia Oropharynx/Teeth Spine Neck Extremities Nodes Neurologic | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Describe abnormal findings and comments: <hr/> <hr/> <hr/> | | | | | | | |
| IMMUNIZATIONS GIVEN REFERRALS | | | | | | | |
| NEXT VISIT: 12 MONTHS OF AGE | | HEALTH PROVIDER NAME | | | | | |
| HEALTH PROVIDER SIGNATURE | | HEALTH PROVIDER ADDRESS | | | | | |

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Infancy (9 months)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Fluoride Screen

Look for white spots or decay on teeth. Check for history of decay in family. Fluoride supplements should be considered for all children drinking fluoride deficient (<0.6 ppm F) water. Before supplements are prescribed, it is essential to know the fluoride concentration of the patient's drinking water. Once the fluoride level of the water supply has been evaluated, either through contacting the public health officials or water analysis, as well as evaluating other sources of fluoride, the daily dosage schedule can be recommended. Pediatric Dentistry: Reference Manual 1999-00.(215).

Tuberculosis Screen

Screen for these risk factors:

- Members of household with tuberculosis or in close contact with those who have the disease.
- In close contact with recent immigrants or refugees from countries in which tuberculosis common (e.g., Asia, Africa, Central and South America, Pacific Islands); migrant workers; residents of correctional institutions or homeless shelters or persons with certain underlying medical disorders.

Developmental Milestones

Always ask about and follow-up on parent concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or use the Ages and Stages Questionnaire, the Denver II, the ELMS2 (a language screen), or the MacArthur Communication Development Inventory.

Yes No

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Sits without support.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Stands holding on.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cruises. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Imitates speech sounds.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Thumb-finger grasp. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Says "Dada" or Mama" nonspecifically.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Responds to name. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Plays "Peek-a-boo." |

Avoids eye contact.

Instructions for developmental milestones: At least 90% of infants should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on any two items or even one of the underlined items, or the **boxed item** (abnormal behavior at this age), refer the infant for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies (1-800-322-2588) with questions or concerns on childhood development.**



ການກວດເຕັກໃຫ້ມີສູຂພາບດີ - ແອນັ້ນຍີ: 9 ເດືອນ

WELL CHILD EXAM - INFANCY: 9 MONTHS (ເຮັດວາມຄໍາຂຶ້ນໆ EPSDT)

ວັນທີ

ໄວດັກບັນຕົມ: ៩ ເດືອນ

ສຸຂພາບດັກຂອງທ່ານເມື່ອໄດ້ 9 ເດືອນ

ປາກິດການຊີວິດ

ວິທີການພັນການຂອງດັກນ້ອຍຂອງທ່ານ
ລະຫວ່າງອາຍຸ 9 ແລະ 12 ເດືອນ.
ຄານນຳພື້ນເຮືອນ.

ປິນຂຶ້ນ ແລະ ຍົກຂ້າຍດ້ວຍການຈັບຄື່ອງເຮືອນ.
ອາດເລີ້ມຢ່າງ.

ຮູ້ໃສ່ສິ່ງທີ່ລາວ (ຊາຍ) ປາກໄດ້.

ດີ່ນຈາກຈອກ ແລະ ກິນດ້ວຍຕົນເອງ.

ຫັ້ນແກນ ເຊັ່ນວ່າ ຕົບມືກັນ ແລະ ກີກຈະ.

ເລີ່ມເວົ້າຄໍາເວົ້າ ເຊັ່ນວ່າ: "ນາມາ" "ປາປາ" ແລະ
"ບາຍບາຍ".

ທ່ານຊ່ວຍດັກຂອງທ່ານຮຽນຮູ້ວິຊາໃໝ່
ໂດຍການຫັ້ນກັບລາວ (ຍິງ).

ສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ຫລື ຂໍ້ມູນເຝື່ນເຕີມ

ການກວດດ້ານການເຕີບໂຕໄດ້ຢືນບໍ່ໄດ້ເສັງຄ່າ: ສາຍສິ່ງຕໍ່
ແລະ ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບແມ່ທີ່ສິນບູນ ແລະ ດັກທີ່ສິນບູນ,
1-800-322-2588 (ສຽງ) ຫລື 1-800-833-6388
(ສາຍຄົມເສັງອົງຄະ TTY).

ຄວາມປອດໄພບ່ອນນິ່ງຮົດ: ຮ່ວມກັນຢັ້ງດ້ານຄວາມປອດໄພ,
1-800-BUCK-L-UP (ສຽງ) ຫລື 1-800-833-6388
(ສາຍຄົມເສັງອົງຄະ TTY).

ດັກທີ່ມີຄວາມຕ້ອງການພິສະດ:
ຝໍ່ແມ່ ຕໍ່ ພໍ່ແມ່, 1-800-821-5927.

ການປັບປຸງກັນຂອງເບື້ອ: ສູນກາງປັບປຸງກັນຂອງເບື້ອ
ຮັດວິຊີງຕັນ 1-800-732-6985 (ສຽງ)
1-800-572-0639 (ສາຍຄົມເສັງອົງຄະ TTY)
ໃນເຮດການສຸກເສີນໃຫ້ໄທ 911.

ຄວາມຮູ້ການເປັນຝໍ່ແມ່ ຫລື ການສັນບສຸມ: ສາຍຊ່ວຍ
ເຫຼືອຄອບຄົວ, 1-800-932-HOPE (4673) ແຫ່ງຕ່າງໆ
ກຳນົດຄອບຄົວຂອດ ນໍແວ່ສ 1-888-746-9568 ຫ້ອງຮຽນ
ຕາມວິທະຍາໄລທ້ອງຖິ່ນ.

ຄໍາແນະນຳດ້ານສຸຂພາບ

ສືບຕໍ່ໃຫ້ມິນແມ່ຕໍ່ໄປຄົນເທົ່າຈະດິນໄດ້, ສໍາລັບຢ່າງນ້ອຍປີ້ນີ້ນີ້.
ນ້ຳມິນແມ່ ຫລື ມິນຍັງເປັນອາຫານທີ່ສໍາຄັນຫລາຍຂອງດັກຂອງທ່ານຢູ່
ລາວ (ຊາຍ) ກໍຍັງຕ້ອງການກິນອາຫານອ່ອນໜີ, ບິດອີກດ້ວຍ.

ຮັກສາແຂ້ວໃໝ່ໜູ້ຂອງດັກນ້ອຍຂອງທ່ານໃຫ້ສິນບູນ. ຫລັງຈາກປົ້ນເຫົ້າ
ແລ້ວໃຫ້ລ້າງນັນ. ໃຫ້ແຈຜ້າສະຄາດ ຫລື ແປງໆຖືຟັນນ້ອຍໜີ, ອ່ອນໜີ.
ໃຫ້ຫຼິກເວັນການເອົາແກ້ວມືໃຫ້ຢູ່ຕຽງໜອນ.

ປາແສນ antibiotics ບໍ່ແມ່ນປາທີ່ດີສົມໄປ. ມັນບໍ່ດີສໍາລັບການ
ເປັນຫວັດ ຫລື ແມ່ພະຍາດອື່ນໜີ. ການເອົາປາ ປະຕິເຊີວະນະ ໃຫ້ແກ່ດັກ
ນ້ອຍຂອງທ່ານເວລາລາວບໍ່ຕ້ອງການສາມາດເປັນອັນຕາປໄດ້.

ປ່ຽນໃຫ້ດັກນ້ອຍຂອງທ່ານແອບໃຊ້ຈອກ. ເອົານ້ຳ, ນ້ຳມິນແມ່ ຫລື ນ້ຳມິນ
ໃຫ້ເປັນຈອກຜ້ອມດ້ວຍຫລອດດຸດ. ຖ້າລາວ (ຊາຍ) ໃຊ້ແກ້ວມື, ໃຫ້ວ່າງ
ແຜນງານເປັນຈອກມືໄດ້ປະມານ 1 ປີ.

ລ້າງມືຂອງທ່ານເລື້ອຍໜີ, ໄດຍສະເພາະຫລັງການປຽນຜ້າອ້ອມ ແລະ
ກ່ອນປົ້ນອາຫານລ້າງເຖື່ອງຫັ້ນຂອງດັກນ້ອຍຂອງທ່ານດ້ວຍສະບູ
ແລະນ້ຳ.

ຄໍາແນະນຳການເປັນຝໍ່ແມ່

ດັກນ້ອຍທຸກຄົມພັນການໄປໃນວິທີຫາງຂອງລາວ (ຊາຍ) ເອງ. ດັກນ້ອຍ
ຂອງທ່ານຈະຮຽນ ແລະ ປ່ຽນແປງໆຕໍ່ໄປເລື້ອຍໜີ. ຖ້າທ່ານຄົດວ່າລາວ
ບໍ່ໄດ້ເຕີບໂຕຢ່າງເທົ່າທີ່ຄວນ, ໃຫ້ເວົ້າກັບທ່ານໝຶກຂອງທ່ານ ຫລື
ພະຍາຫານ. ສໍາລັບການກວດການພັນການພັນການບໍ່ໄດ້ເສັງຄ່າ, ໃຫ້ໄທຫາ
ແມ່ທີ່ສິນບູນ, ດັກນ້ອຍທີ່ສິນບູນ (ເບິ່ງເຄີກໃຫ້ຢູ່ທ່າງຊ້າຍ).

ຄໍາແນະນຳດ້ານຄວາມປອດໄພ

ຈົງເບິ່ງດັກນ້ອຍຂອງທ່ານຢູ່ອາດອາບນ້ຳນັ້ນຕລອດເວລາ. ການຈົນນ້ຳອາດ
ເກີດຂຶ້ນຢ່າງໄວ ແລະ ມິດງຽບນໍາມ້ຳພຽງສອງສາມອິນສ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງໄດ້
ອອກຈາກຫຼັອງໄປກໍໃຫ້ເອົາລາວ (ຍິງ) ໄປນຳ.

ຮັດສາບຮັດໃຫ້ດັກນ້ອຍຂອງທ່ານຢູ່ບ່ອນນິ່ງຮົດເປັນໜ້າໄປດ້ານຫລັງຮົດສໍາລັບ
ໝົດປີທຳອິດ. ໃຫ້ຢູ່ເບາະຫລັງ, ບ່ອນປອດໄພທີ່ສຸດສໍາລັບດັກຮົດ.